

21世紀漢方フォーラム
「総合医の漢方教育を考える」

総合医における漢方教育の 実際の提言

2008年12月5日

社団法人 日本東洋医学会
専門医制度委員会・担当理事
三瀦忠道

麻生 飯塚病院における漢方の実際



ノロウイルスにも漢方は有用

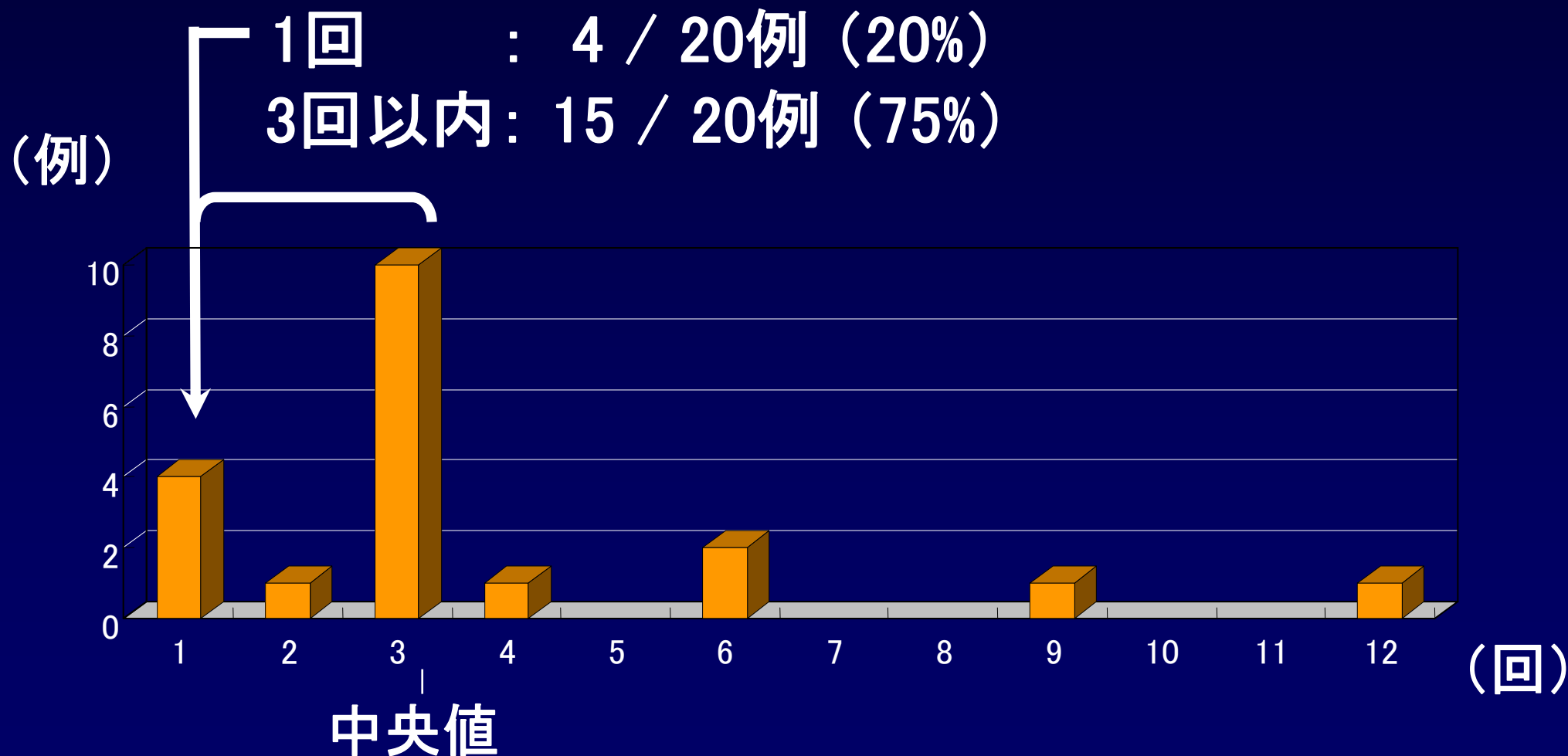
2005年12月1日～2006年1月31日の2ヶ月間
介護付有料老人ホーム“ノア21”入居者のうち
嘔吐または下痢を認め **黄芩湯** を投与した20例

「介護付有料老人ホーム“ノア21”」

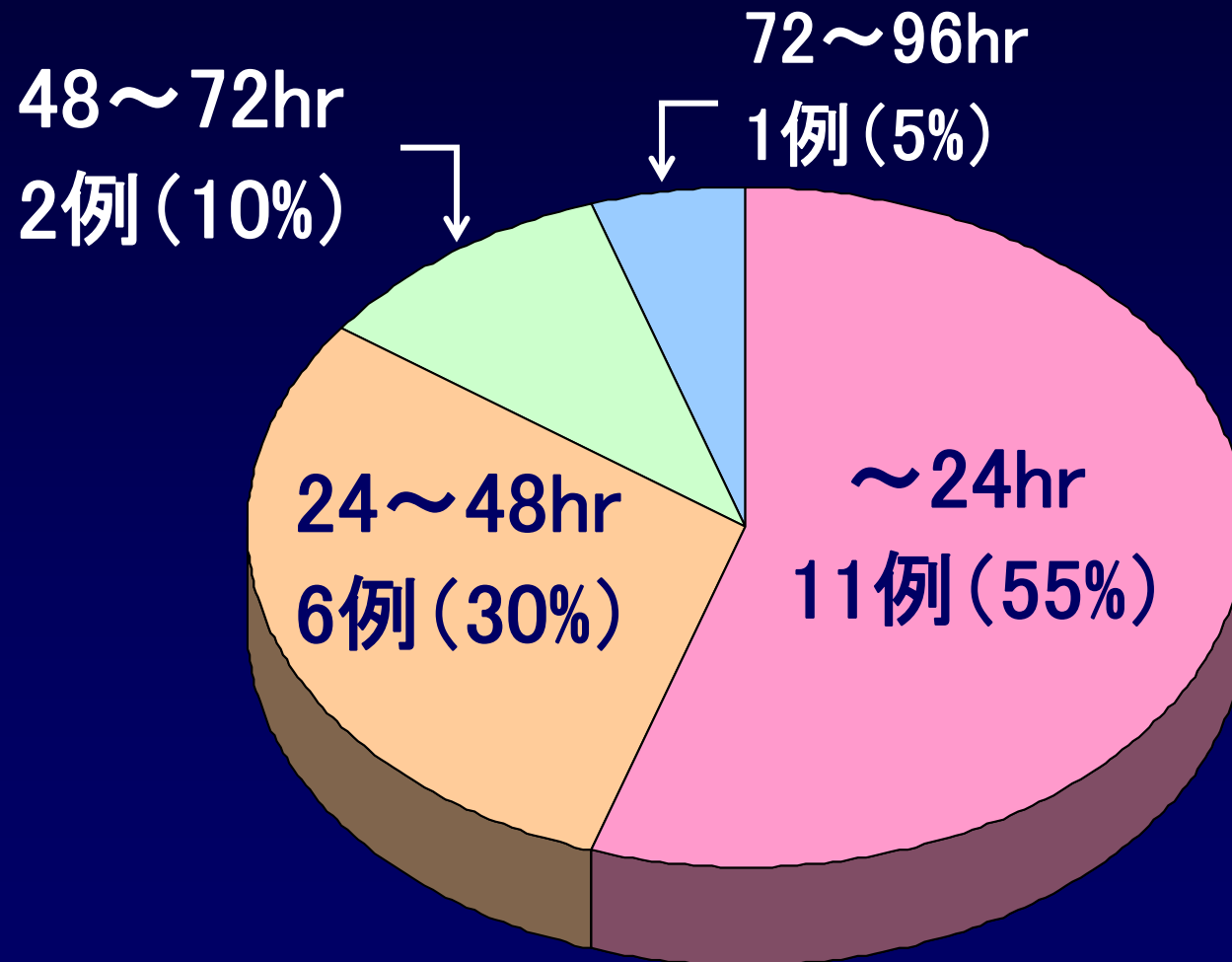
- ・ 当科嘱託医による健康管理 2回/週 往診
- ・ 入居者対介護職員配置 2:1以上
- ・ 漢方治療に対応

発熱時 服薬指示書に基づき漢方薬投与

嘔吐・下痢消失までの漢方薬投与回数 (嘔吐下痢症 20例)



嘔吐・下痢消失までの時間 (嘔吐下痢症 20例)

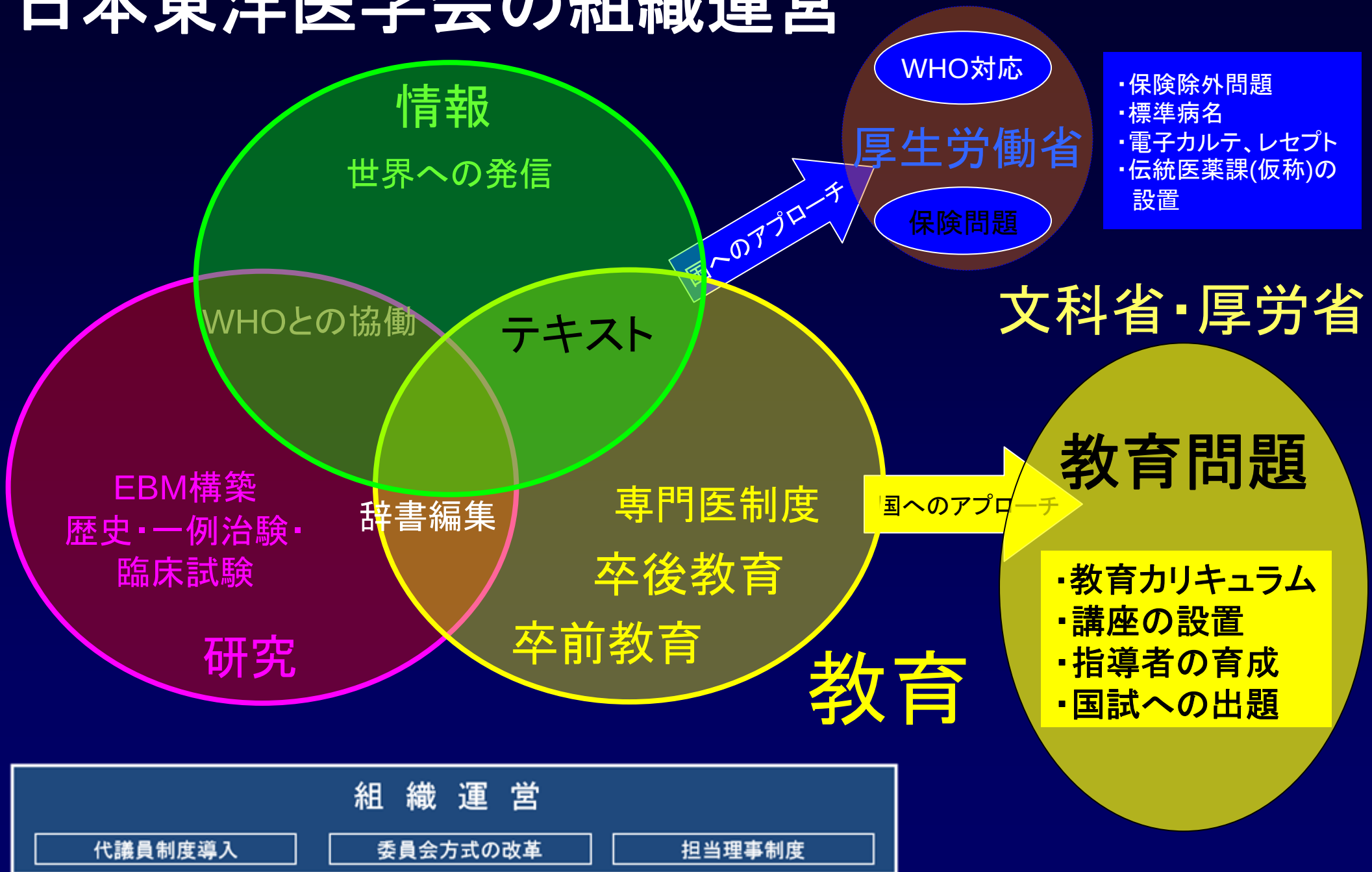


社団法人日本東洋医学会の紹介

1950年設立

- 現会員数8606名（医師82.4%）
- 1990年 専門医制度設立（2404名）
- 1991年 日本医学会加盟（87番目）
- 1992年 専門医制度認定機構加盟
- 2005年 漢方専門医の広告が認可
- 2008年 標榜を認められた

日本東洋医学会の組織運営



教育体系の確立／テキスト類の整備



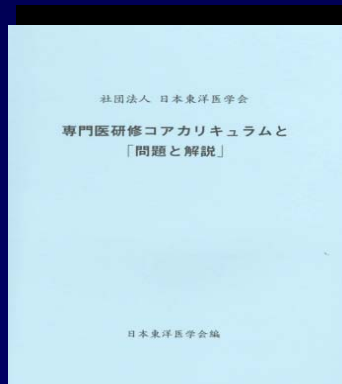
2002/12 発刊



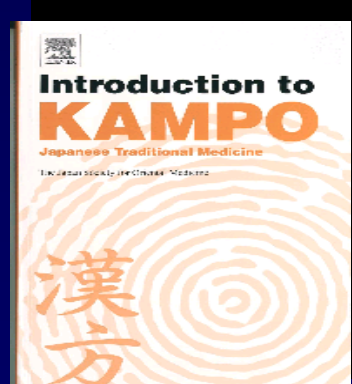
2006/3 発刊



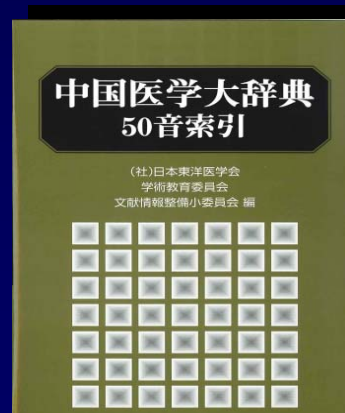
2007/3 発刊



2004/9 発刊



2005/3 発刊



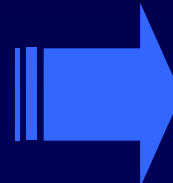
2007/3発行



発刊予定



発刊予定



編纂作業中

日本東洋医学会の学術活動

- 学術教育委員会
- 専門医制度委員会
- それを支援する委員会
EBM委員会、用語委員会、辞書編纂委員会

日本東洋医学会の学術活動

- 学術教育委員会

- 専門医制度委員会

- それを支援する委員会

 - EBM委員会、用語委員会、辞書編纂委員会

医学教育モデル・コア・カリキュラム

E 診療の基本

2 基本的診療知識

(1) 薬物治療の基本原則

一般目標:

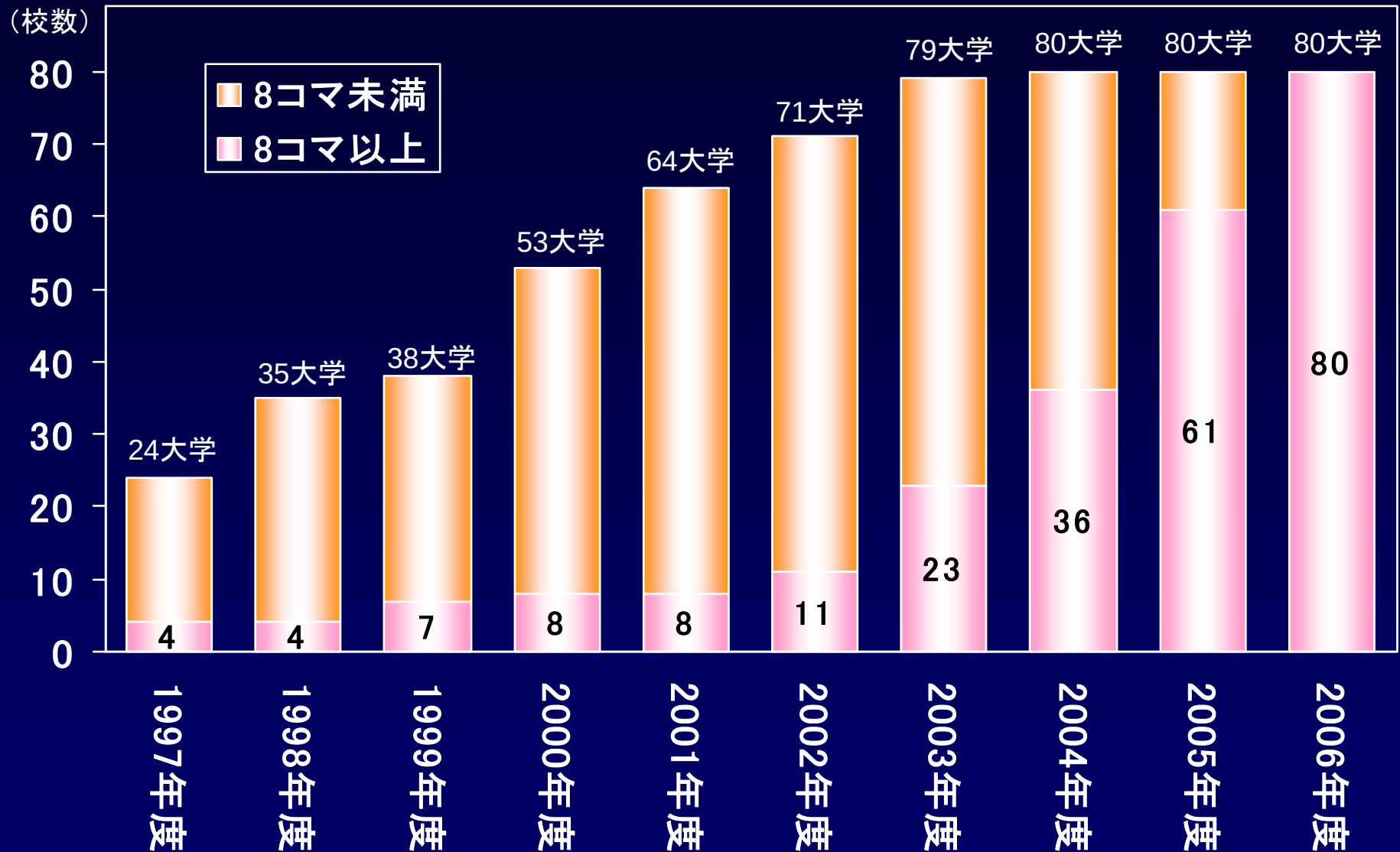
診療に必要な薬物治療の基本(薬理作用, 副作用)を学ぶ。

到達目標:

17) 和漢薬を概説できる。

(医学における教育プログラム研究・開発事業委員会 2001年3月)

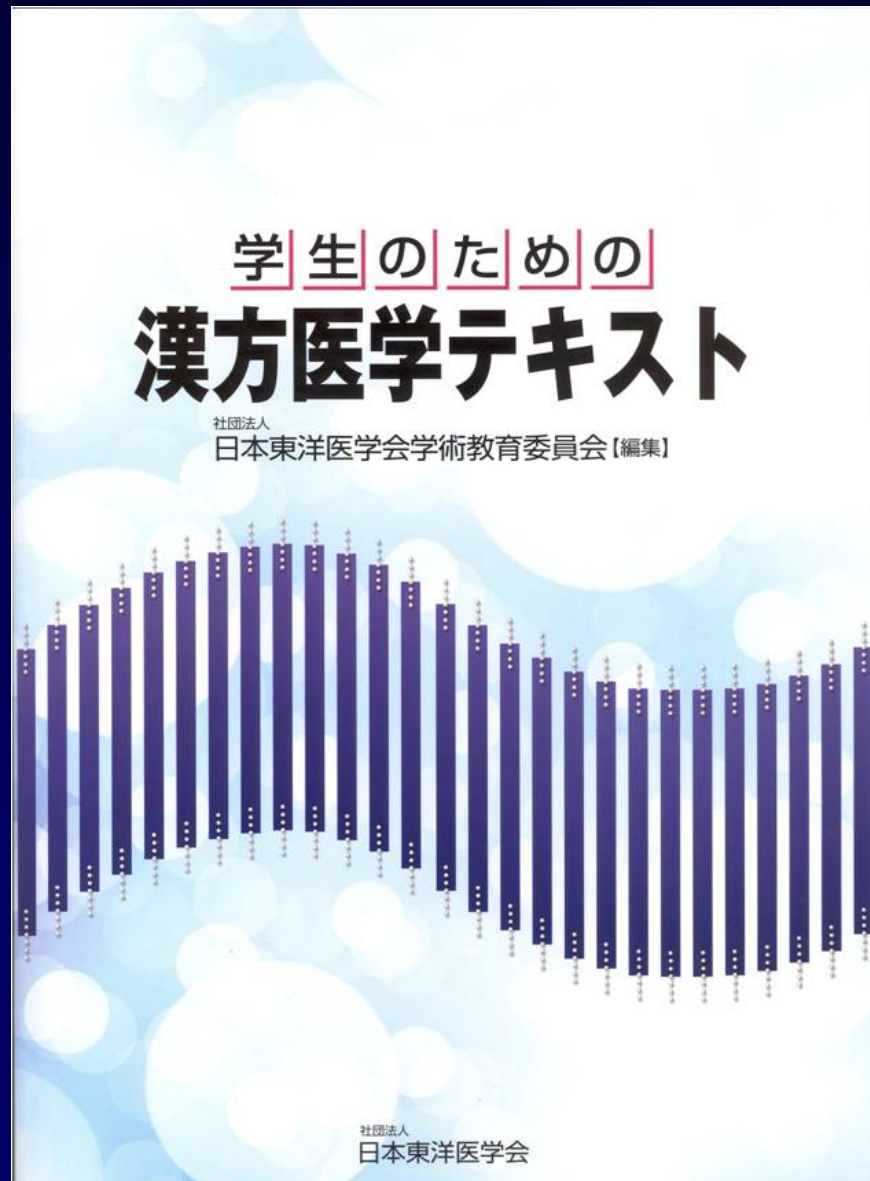
漢方医学卒前教育の導入状況



↑ 医学教育モデル・コア・カリキュラムに
「和漢薬を概説できる」ことが明記

『学生のための漢方医学テキスト』

(日本東洋医学会学術教育委員会 2007)



目次

I. 漢方医学の歴史

1. 中国
2. 日本

II. 診断・治療

1. 証（概論）
2. 病態と治療
3. 漢方の診察法

III. 薬物学

1. 方剤学
2. 主な方剤群（1）
君薬による分類
3. 主な方剤群（2）
気血水による分類
4. 副作用
5. 服薬指導
6. 生薬
7. 薬理
8. 剤形

IV. 鍼灸

1. 概論
2. 病態と治療

漢方医学卒前教育の一般目標と到達目標

(日本東洋医学会学術教育委員会2008年版)

一般目標 (GIO)

教育の目的: 患者のニーズに即した **全人的医療を行える**

漢方医学と西洋医学の
独自性と相互補完性を
認識する

漢方医学の基礎的
知識および技能を
身につける

漢方医学への
関心を深める

到達目標 (SBOs)

1. 漢方医学の特徴を述べることができる
2. 現代医療における漢方医学の適応と限界を示すことができる

ただし、漢方医学の診察法については体験することも必要

以下について説明できる

3. 漢方医学の基本概念
4. 漢方医学の診察法
5. 漢方医学の診断(証)と
6. 随証治療
7. 和漢薬(方剤と生薬)の
8. 特徴, 薬理作用, 副作用
9. 鍼灸治療の効果と適応

10. 漢方医学の歴史を述べることができる
11. 漢方医学に関するエビデンスを列挙することができる
12. 現代医療における漢方医学の有用性を実感する

日本東洋医学会の学術活動

- 学術教育委員会

- 専門医制度委員会

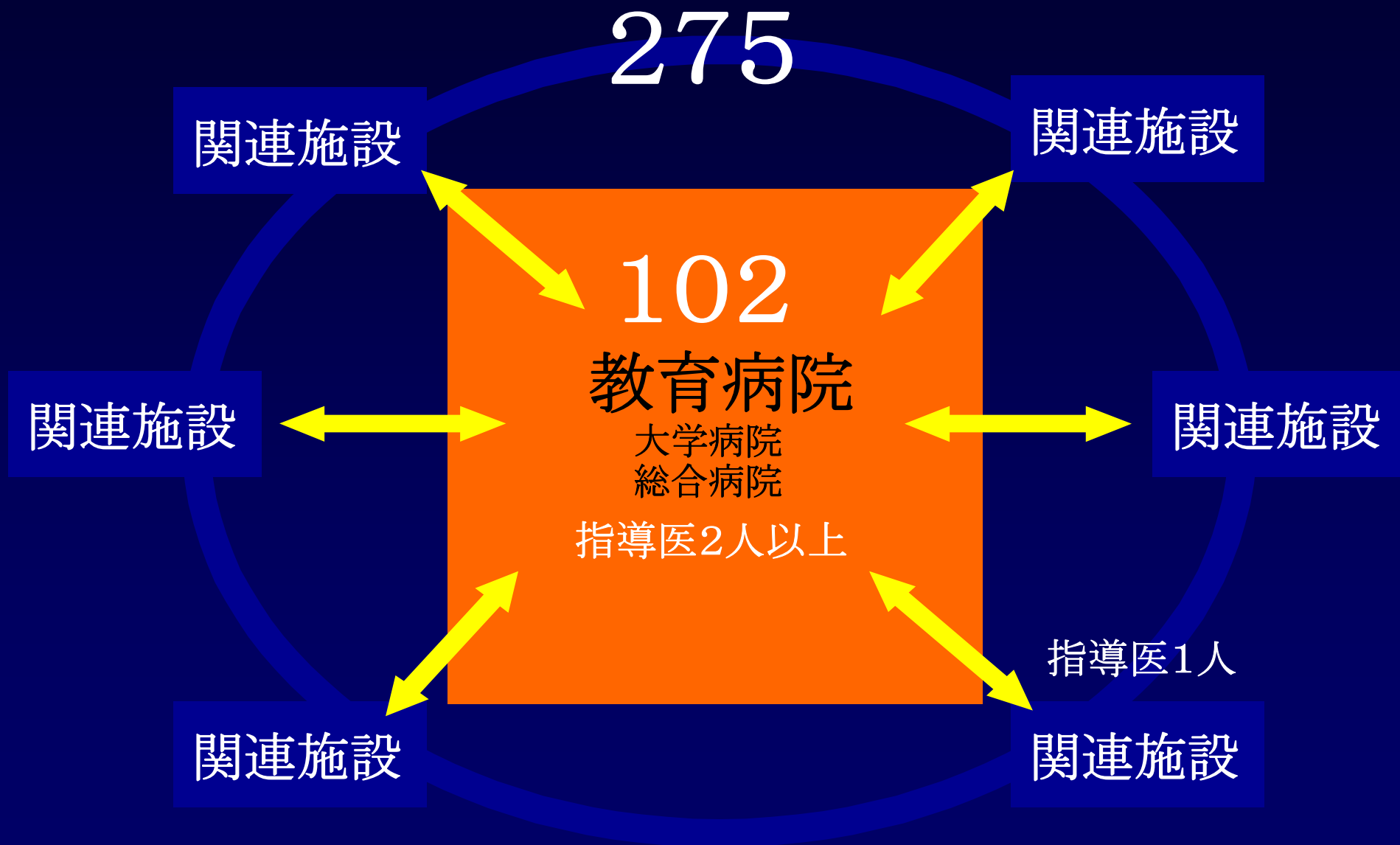
- それを支援する委員会

 - EBM委員会、用語委員会、辞書編纂委員会

漢方専門医受験資格

- ① 医師免許
- ② 正会員として在籍3年
- ③ 基本領域の認定医または専門医資格
- ④ (基本領域資格取得後)3年間の漢方臨床研修
- ⑤ 7単位の取得
(学術教育事業参加、演題発表、雑誌投稿)

日本東洋医学会指定研修施設の連携、協力体制



漢方専門医認定試験

1. 症例

症例一覧 50例

臨床報告 10例(上記50例に含まれる)

2. 筆記試験

3. 口頭試問

4. 実技(OSCE):導入予定

以上において所定の成績をあげたもの

総合医の漢方教育プログラム 提言

ならびに

日本東洋医学会の支援体制

総合医の漢方教育プログラム

1)基礎知識 の習得

DVD
WEB BASE
SCHOOLING
学会主催講習会

2)実地医家 での実習

研修機関
3ヶ月間／週1回

3)講習会

日本東洋医学会
学術総会(年1回)
支部会(8支部)
県部会
専門医制度教育講演会
年間80回程度

総合医の漢方教育プログラム

1)基礎知識 の習得

DVD
WEB BASE
SCHOOLING
学会主催講習会

2)実地医家 での実習

研修機関
3ヶ月間／週1回

3)講習会

日本東洋医学会
学術総会(年1回)
支部会(8支部)
県部会
専門医制度教育講演会
年間80回程度

基礎知識の習得

総合医の条件 **コモンディジーズが診られる**
コモンディジーズにおける漢方薬の
最低限の使い分けができる。

「風邪に**葛根湯**」ではない。
漢方薬： 葛根湯・桂枝湯・麻黄湯から選択する。

使い分けをするための最低限の漢方
の原則を理解する。

総合医の漢方教育プログラム

1)基礎知識 の習得

DVD
WEB BASE
SCHOOLING
学会主催講習会

2)実地医家 での実習

研修機関
3ヶ月間／週1回

3)講習会

日本東洋医学会
学術総会(年1回)
支部会(8支部)
県部会
専門医制度教育講演会
年間80回程度

実 習



実習で身につけるべき臨床スキル

四 診

望診：視覚による情報収集（顔色や**舌**診）

聞診：聴覚（グル音や振水音）と嗅覚（便臭）

問診：病歴と自覚症状（問診表）

切診：触診（寒熱）、**脈**診、**腹**診

望診

舌診



正常 微白苔



消化機能低下 厚白苔



瘀血 暗赤紫色



鏡面舌



胃熱 黃苔



水毒 齒痕

切診 直接手を下す
(触れる)診察

脈診

相手の向かい合った手の
橈側より橈骨茎状突起の高さで
中指を橈骨動脈に触れ
示指と薬指を添える

3指で均等に脈を触知し
指で血管を強く押したり
力を抜き指を浮かす



浮 指を浮かせると明らか 表在性・・・表証
沈 指で深く抑えると明らか 深在性・・・裏証

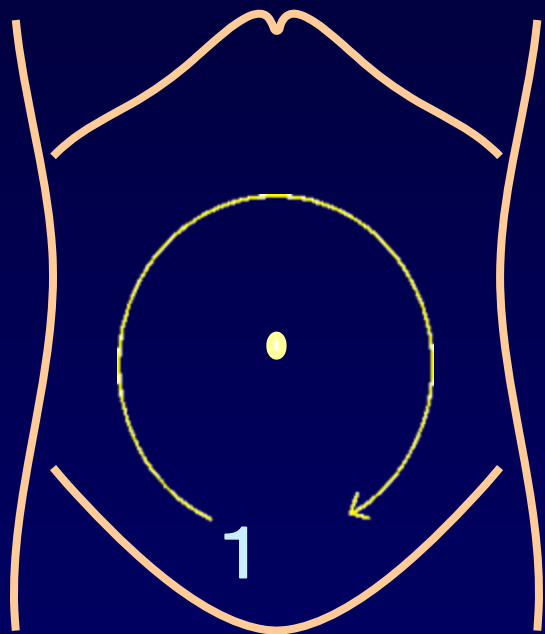
虚(弱) 緊張が軟弱・・・虚証
実(強) 力強い……………実証

数 頻脈・・・熱
遅 徐脈・・・寒 陰証 虚証

切診

腹診

腹力の診かた



虚実の判定

127名

研修施設(漢方専門医)

171名

北海道・東北

北海道
青森 岩手
宮城 秋田
山形 福島

関東

東京 神奈川
埼玉 千葉
茨城 栃木
群馬 山梨

信越・北陸

新潟 長野
富山 石川
福井

747名

171名

223名

東海

愛知 岐阜
静岡 三重

401名

近畿

大阪 兵庫
京都 滋賀
奈良 和歌山

73名

中国

鳥取 島根
岡山 広島
山口

160名

四国

徳島 香川
愛媛 高知

331名

九州・沖縄

福岡 佐賀
長崎 熊本
大分 宮崎
鹿児島 沖縄

2,404名

到達度の評価

総合医・家庭医専門医試験

漢方医学の試験問題をもりこむ

- 基礎知識は筆記試験
- 実技はOSCE

総合医の漢方教育プログラム

1)基礎知識 の習得

DVD
WEB BASE
SCHOOLING
学会主催講習会

2)実地医家 での実習

研修機関
3ヶ月間／週1回

3)講習会

日本東洋医学会
学術総会(年1回)
支部会(8支部)
県部会
専門医制度教育講演会
年間80回程度

専門医制度委員会主催・認定

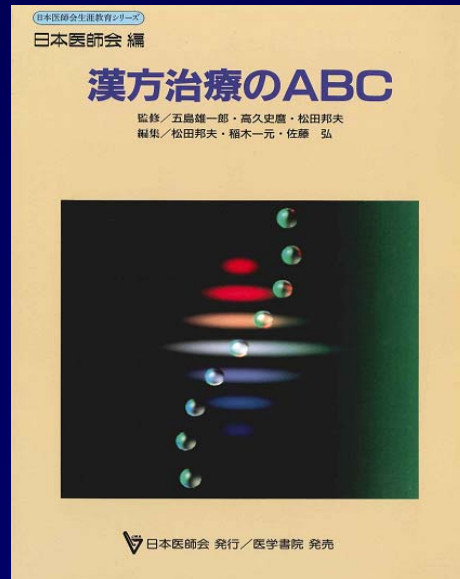
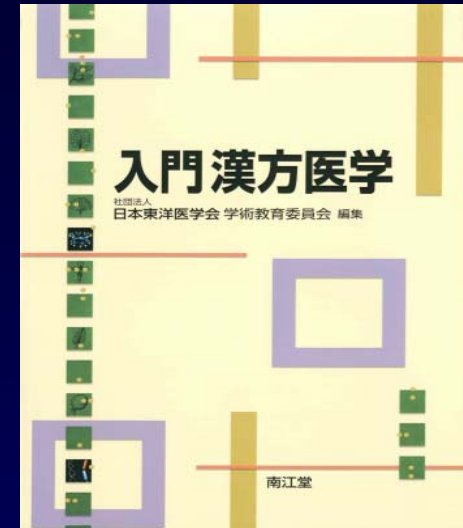
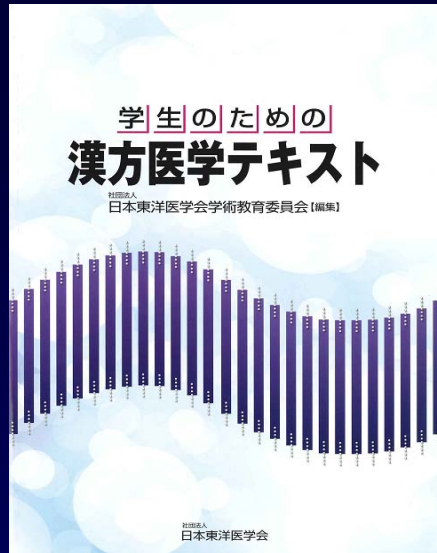
漢方研修会

認定研修事業	年間開催回数
学会行事	
学術総会	1
支部学術総会	各1 × 8 支部
県部会	各1～3 × 47 部会
専門医制度委員会主催	
学術講演会	1
支部学術講演会	1～2 × 8 支部
専門医制度委員会認定学術集会	
和漢医薬学会	1
漢方治療研究会	1
学術総会サテライトシンポジウム	2 など

年間合計

80回 以上

総合医に役立つ自己研鑽ツールとしてのテキスト



日本東洋医学会の学術活動

- 学術教育委員会

- 専門医制度委員会

- それを支援する委員会

 - EBM委員会、用語委員会、辞書編纂委員会

対象論文：'86～'02研究報告 905報
10症例以上扱った論文から
比較的高いエビデンスレベル 93報

論文評価

分類1：臨床のよい指標になる

分類2：更に研究を深めることが望まれる

分類3：1, 2のいずれでもない

3つのタスクフォース

(1)エビデンス・レポートの改訂

(2) ベストケース手法によるDB構築

(3) 診療ガイドライン

現状調査及びWHO/WPROへの対応

WWW.JSOM.OR.JP

漢方治療エビデンスレポート 第2版
-RCT を主にして-
中間報告 2007

(ver. 1.0 2007. 6. 15) ver. 1.1 2008. 4. 1

日本東洋医学会 EBM 特別委員会
エビデンス・レポート・タスク・フォース (ER-TF)

Evidence Reports of Kampo Treatment, Second Edition

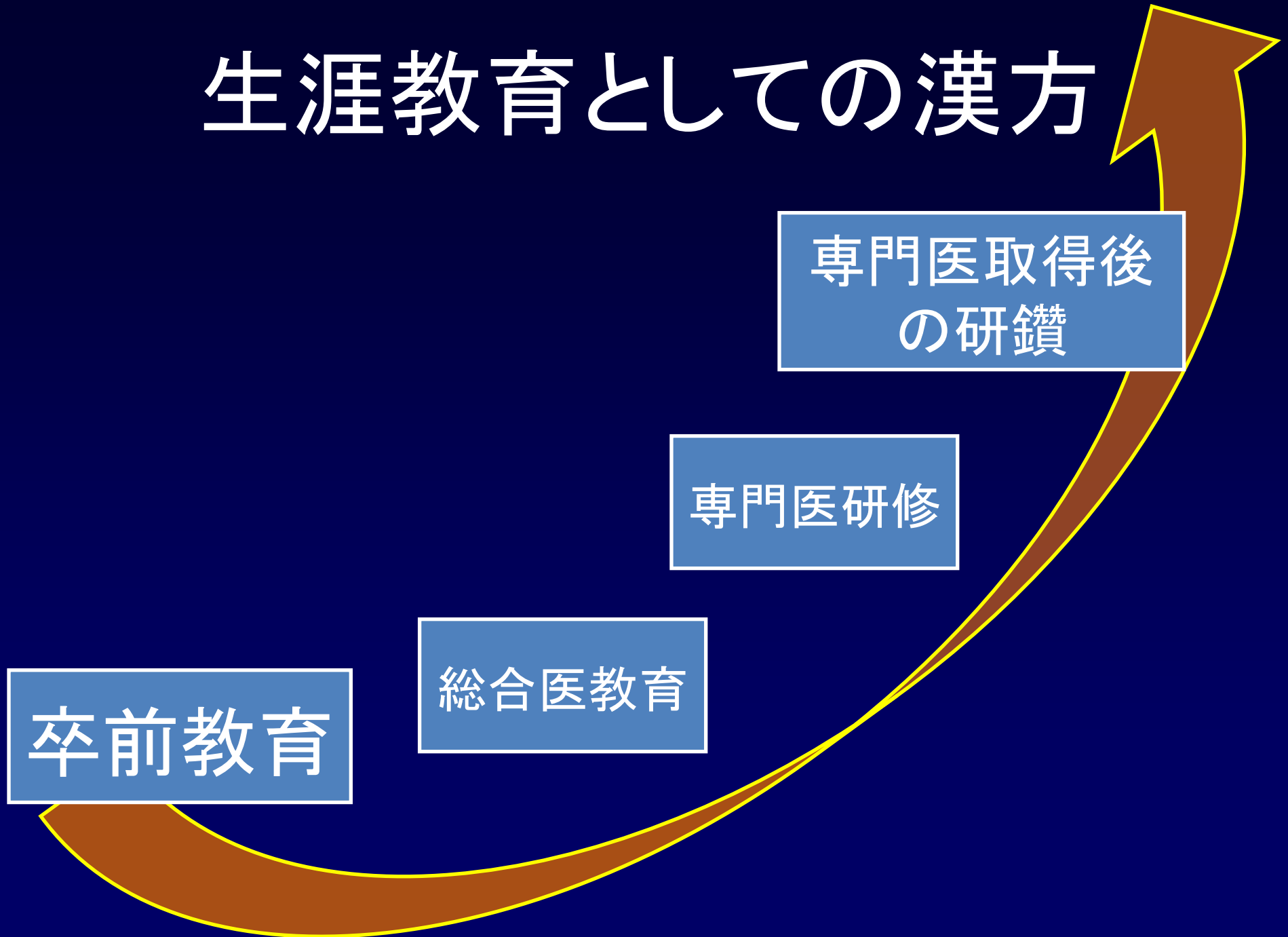
生涯教育としての漢方

専門医取得後
の研鑽

専門医研修

総合医教育

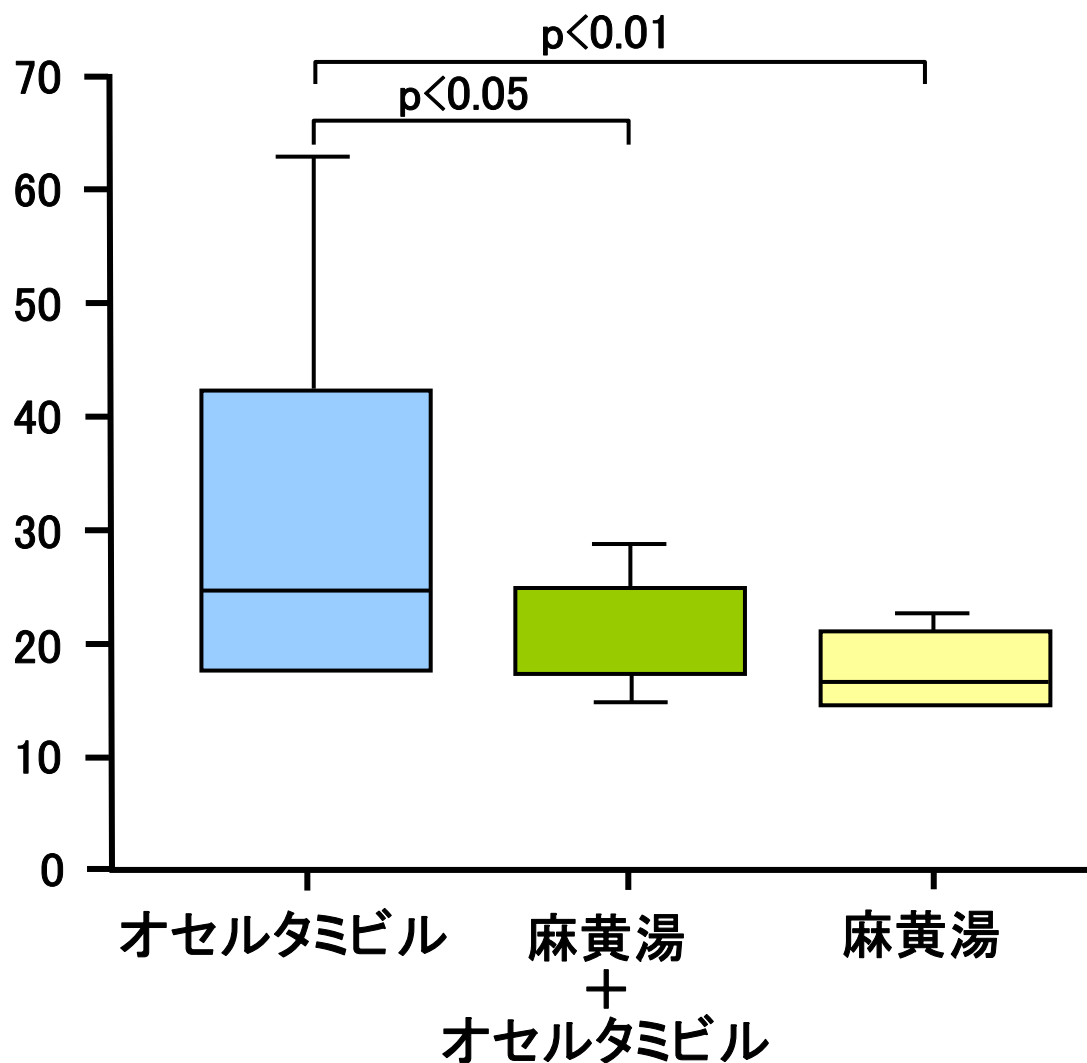
卒前教育



日常診療における漢方治療の例

医療経済的効果

治療開始から解熱までの時間の比較



解熱までの平均時間

タミフル単独 31.9 時間

麻黄湯 + タミフル
21.9 時間

麻黄湯 17.7 時間

かぜ症候群における薬剤費の薬剤疫学 および経済学的検討 —漢方薬と西洋薬の経済性における比較研究—

赤瀬朋秀 (北里大学病院薬剤部：神奈川)

秋葉哲生 (あきば病院：千葉)

井齋偉矢 (JA北海道厚生連鷗川厚生病院：北海道)

鈴木重紀 (オリエンタルファーマシー：千葉)

各群における比較

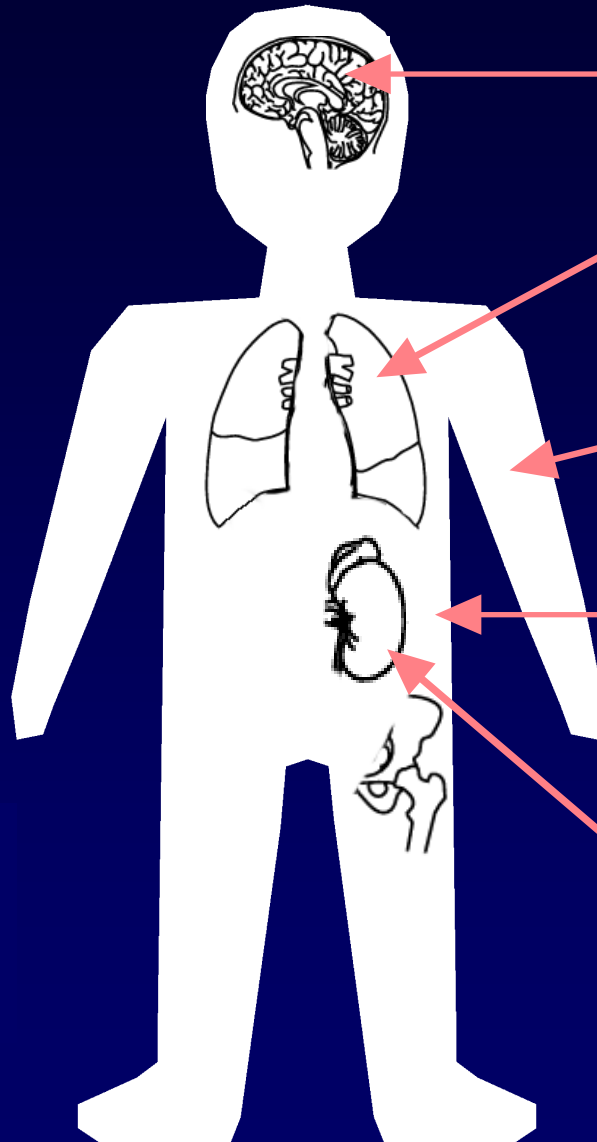
両者の併用が必ずしも
治療効果を高めない

	西洋薬治療群	併用群	漢方治療群
例 数	597	111	167
平均年齢	40.5±26.6	32.0±28.5	34.2±25.3
平均薬剤数	2.9剤	2.7剤	1.2剤
平均処方日数	6.7日	5.0日	4.0日
平均薬剤費（1日）	¥203.8	¥215.9	¥119.6
	約40%の薬剤費抑制が可能		
平均総薬剤費（1名）	¥1357.3		¥484.5

415億円の
経費削減が可能

平均薬剤費、平均総薬剤費は、日本標準薬価目録を基準に算定

高齢者の諸臓器機能低下に対する 八味地黄丸の効果の検討



脳血管障害後遺症

セロクアル
ドラゴン

気管支喘息

テオドール
プレドニン

末梢神経障害

メチコバール

腰痛・しびれ・冷え

ロキソニン
ユベラN
(メチコバール)

腎機能障害

クレメジン
ペルサンチン

(+胃粘膜保護) ガスター

AGE ↓
MDA ↓

(厚生省長寿科学総合研究事業 報告書より)

総合医における漢方教育の実際の提言

治療選択幅の増大→患者満足度上昇

日本版総合医が漢方を活用できる

医療費削減への道筋